

ZAHTEV ZA DJECU, TRUDNICE I RODITELJE

St. Joseph Customer Service Center
525 Jules St. #127
St. Joseph, MO 64501

MO HEALTHNET je program zdravstvenog osiguranja savezne države Missouri za **djecu mlađu od 19 godina, neke roditelje i trudnice**. Da biste se prijavili, potrebno je da **ispunite i potpišete** priloženi zahtjev i pošaljete ga nazad na gore navedenu adresu.

UPUTSTVO ZA POPUNJAVANJE ZAHTEVA MO HEALTHNET

Odjeljak A - Adresa stanovanja:

Molimo da navedete svoje ime i prezime, adresu i brojeve telefona. Molimo da pod "Broj telefona za poruke" navedete broj na koji ste dostupni tokom redovnog radnog vremena ili na koji vam se može ostaviti poruka.

Odjeljak B - Informacije o domaćinstvu:

Navedite svu djecu, roditelje ili staratelje u domaćinstvu, a sebe na prvom mjestu. Važno je da navedete u kojem ste srodstvu vi i dato lice, npr. bračni partner, sin, kćerka, itd. Informacije o pripadnosti rasnoj ili etničkoj grupi služe samo u statističke svrhe i nisu obavezne. Broj socijalnog osiguranja je obavezan samo za lica koja se prijavljuju za osiguranje MO HEALTHNET. Stavite "X" u posljednje polje kako biste označili da podnosite zahtjev za MO HEALTHNET za to lice.

Odjeljak C - Prihodi:

Da bismo odredili da li se vaša porodica kvalifikovala za MO HEALTHNET, molimo da ispunite ovaj odjeljak. Priložite dodatni list papira ako vam je potrebno više prostora. **Molimo da uz zahtjev priložite i dokaz o prihodu, ako je moguće.**

Odjeljak D - Osiguranje:

Za neke podnosiče zahtjeva kvalifikacija za MO HEALTHNET će zavisiti od mogućnosti dobivanja zdravstvenog osiguranja. Važno je da popunite ovaj odjeljak. Navedite sva zdravstvena osiguranja, bez obzira na izvor.

Odjeljak E - Odsustvo jednog roditelja:

Ispunite ovaj odjeljak samo ako jedan od roditelja nekog od djece za koju podnosite zahtjev za MO HEALTHNET ne živi u vašem domu. Zakon vas obavezuje da sarađujete s Odjelenjem za pomoći porodici (Family Support Division) i Službom za pomoći djeci (Child Support Enforcement) kako biste dobili naknadu za zdravstvenu njegu. To znači da morate sarađivati kako bi se identificirao odsutni roditelj, tako što ćete pomoći da se odsutni roditelj locira, da se utvrdi očinstvo ili pribave druge važne informacije. U slučaju da saradnja izostane, to neće utjecati na kvalifikovanost vašeg djeteta za osiguranje MO HEALTHNET. Vaša kvalifikovanost može biti dovedena u pitanje ako ne budete sarađivali. Vaša saradnja može biti od koristi vama i vašem djetetu jer rezultat saradnje može biti pronalaženje odsutnog roditelja, zakonsko utvrđivanje očinstva, dobijanja nakande za izdržavanje djeteta i prava na buduće socijalno osiguranje, veteranske ili druge državne beneficije.

Ako osjećate da nije u najboljem interesu vašeg djeteta da tražite zdravstveno osiguranje od odsutnog roditelja, na primjer zbog zlostavljanja ili opasnosti od zlostavljanja u prošlosti, označite "da" u Pitanju br. 1. Možda imate "dobar razlog" zašto ne želite sarađivati ako bi posljedica vaše saradnje mogla biti fizička ili emocionalna šteta za dijete ili za vas. Od vas će se zatražiti da predočite dokaz u prilog svojoj tvrdnji.

Ako navedete "dobar razlog" označavajući "da" u Pitanju br. 1 za nesaradnju vezano za dobijanje zdravstvenog osiguranja, dobit ćete izvještaj u kojem će se objasniti okolnosti pod kojima se može pronaći dobar razlog i vrsta dokaza ili druge informacije koje su potrebne kako bi se donijela odluka o vašoj tvrdnji. Možete zatražiti ovaj izvještaj i kako biste odlučili da li želite navesti dobar razlog ili ne.

Odjeljak F - Potpis:

Molimo da pažljivo pročitate ovaj odjeljak i da potpišete formular. **Datum pravomoćnosti osiguranja MO HEALTHNET počinje od datuma prijema vašeg potpisanih zahtjeva.** Vratite zahtjev na gore navedenu adresu.

Pozovite 1-888-275-5908 ako imate bilo kakvih pitanja

Molimo sačuvajte ovaj list. Na njemu se nalaze važne informacije.

DRUGE VAŽNE INFORMACIJE O MO HEALTHNET

Ako imate bilo kakvih pitanja ili ako vam je potrebna pomoć za ispunjavanje zahtjeva, pozovite besplatni broj telefona **1-888-275-5908**.

Kad primimo vaš zahtjev, on će biti pregledan i ako budu potrebne dodatne informacije, mi ćemo vas kontaktirati. Ako nemate telefon, možete nas kontaktirati na gore navedeni broj telefona nekoliko dana nakon što pošaljete zahtjev.

Dobit ćete obavještenje poštom kad završimo razmatranje vašeg zahtjeva. Za trudnice zahtjevi se rješavaju u roku od petnaest dana. Svi drugi MO HEALTHNET zahtjevi se rješavaju u roku od trideset dana. Ako se ne slažete s odlukom koja se odnosi na vašu kvalifikovanost, možete podnijeti žalbu u roku od 90 dana od dana donošenja odluke.

POTREBNE INFORMACIJE:

Moguće je da će biti potrebne sljedeće informacije prije odobrenja vašeg zahtjeva za MO HEALTHNET:

- dokaz o prihodu (npr. odrezak platnog čeka, pismo od poslodavca, dokaz o povratu federalnog poreza na prihod, pismo o prijemu nagrade, itd.);
- imigracioni dokumenti u kojima je navedeno ime i prezime, imigracioni status, registracioni broj i datum unosa tih lica koja podnose zahtjev za MO HEALTHNET a koja nisu američki državljeni; i
- medicinski nalaz kojim se potvrđuje trudnoća i očekivani datum poroda (ako podnosite zahtjev za MO HEALTHNET kao trudnica).

Ako je moguće, pošaljite ovu potvrdu zajedno s vašim zahtjevom. Mi ćemo prihvati kopije ovih dokumenata, međutim, ako pošaljete originale mi ćemo ih kopirati i vratiti vam originale s pismom obavještenja. **NEMOJTE ČEKATI SA SLANJEM OVOG ZAHTJEVA AKO NEMATE PRIPREMLJENE SVE POTREBNE DOKAZE.** Bit ćete obaviješteni ako budu potrebne dodatne informacije ili dokazi.

PROGRAM ZDRAVA DJECA I OMLADINA:

Ako se vaša djeca kvalifikuju za MO HEALTHNET, ona mogu koristiti usluge programa Zdrava djeca i omladina (Healthy Children and Youth, HCY). Program Zdrava djeca i omladina pruža osnovnu i preventivnu zdravstvenu njegu. Vaše dijete može ići na pregled, dobijati injekcije, ići na testiranja što mu omogućava da ostane zdravo ili da se na vrijeme otkriju zdravstveni problemi za koje je možda potrebno liječenje. MO HEALTHNET će platiti za ove usluge zdravstvene njegе.

Ako ste trudni i ako biste željeli obaviti zdravstveni pregled i iskoristiti uslugu vođenja trudnoće, kontaktirajte vašu lokalnu zdravstvenu službu ili pozovite TEL-LINK (1-800-835-5465).

PRAVA I ODGOVORNOSTI

Morate nas obavijestiti o svim promjenama okolnosti koje su navedene u zahtjevu u roku od DESET DANA od dana kad se pojave, bez obzira na uzrok promjena. Dužni ste da nas vi sami obavijestite o promjenama, a ne da čekate da vas mi kontaktiramо.

Sve informacije koje su navedene u vašem zahtjevu bit će provjerene od strane federalnih, državnih i lokalnih službenika. Vaš zahtjev može biti odbijen i/ili možete biti krivično gonjeni ako svjesno navedete pogrešne informacije. Kazna za namjernu krađu ili namjeran pokušaj krađe državne pomoći je sedam stotina i pedest dolara (\$750,00) ili više, zavisno od presude i kažnjava se zatvorskom kaznom u trajanju do pet godina; ili pritvorom u lokalnom zatvoru u trajanju najviše od jedne godine; ili novčanom kaznom u iznosu do deset hiljada dolara (\$10.000,00) ili oboje. Ako je vrijednost protivzakonito stečenih beneficija manja od sedam stotina i pedest dolara (\$750,00), to krivično djelo se smatra manjim krivičnim djelom.

Imate pravo na fer i ravnopravan tretman, bez obzira na vašu starost, spol, rasu, boju kože, invaliditet, religiju, vjerovanje, nacionalno porijeklo ili političko uvjerenje.

Molimo sačuvajte ovaj list. Na njemu se nalaze važne informacije.



ZAHTEV ZA DJECU, TRUDNICE I RODITELJE

ISPUNITE HEMIJSKOM OLOVKOM.

SAMO ZA SLUŽBENU UPOTREBU

A. POŠTANSKA ADRESA

IME I PREZIME

ADRESA (KUĆNI BR., ULICA ILI OZNAKA SELA, BR. POŠTANSKOG PRETINCA)

GRAD, DRŽAVA, POŠTANSKI BROJ

ŽUPANIJA

DCN

BROJ KUĆNOG TELEFONA

BROJ TELEFONA NA POSLU

BROJ TELEFONA ZA PORUKE

SPECIJALISTA/SUPERV. ZA KVALIFIKACIJU

UPUTSTVO: Molimo da u potpunosti odgovorite na svako pitanje. Priložite dodatni list papira ako vam je potrebno više prostora u bilo kojem odjeljku.

B. INFORMACIJE O DOMAĆINSTVU

(NAVEDITE SVU DJECU, RODITELJE/STARATELJE I BRAČNE PARTNERE RODITELJA KOJI ŽIVE U VAŠEM DOMU, A PRVO SEBE.)

I PREZIME	IME (DJEVOJAČKO)	RASA*/ SPOL	HISPANO- AMERIKANAC D/N	SRODSTVO S LICEM a.	DATUM ROĐENJA	MJESTO ROĐENJA	BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA	(X) PODNOŠI ZAHTJEV
a.				JA LIČNO				
b.								
c.								
d.								
e.								
f.								

*(1 - BIJELAC 2 - CRNAC/AFRO-AMERIKANAC 4 - AMERIČKI INDIJANAC/S ALJASKE 5 - AZIJAT 6 - S HAVAJA/S PACIFIČKIH OSTRVA)

- Da li obadva roditelja navedene djece žive u istom domaćinstvu? DA NE (Ako je odgovor "ne", ispunite odjeljak E.)
- Da li su sva lica koja podnose zahtjev američki državljanji? DA NE Ako je odgovor "ne", navedite sljedeće informacije za lica koja se prijavljuju za MO HealthNet a koja nisu američki državljanji: Ime i prezime, imigracioni status i registracioni broj, datum unosa: _____
- Možete se kvalifikovati za pokrivanje neplaćenih računa za zdravstvene usluge koje ste primili u posljednja tri mjeseca. Da li je bilo ko od gore navedenih lica primio neplaćene zdravstvene usluge u posljednja tri mjeseca? DA NE Ako je odgovor "da", da li je prihod bio drugačiji nego tokom prethodnih mjeseci? DA NE
- Da li je iko u vašem domaćinstvu trudnica? DA NE Ako je odgovor "da", ko? _____ Očekivani datum poroda? _____
- Da li je vaš neto prihod (neto prihod je vrijednost svega što posjedujete minus dug): manji od \$50,000 \$50,000-\$100,000 \$100,000-\$150,000 \$150,000-\$200,000 \$200,000 - \$250,000 veći od \$250,000
Molimo da navedete svu imovinu koju posjedujete (bankovne račune, dionice/obveznice, vozila, kuću, nekretnine i ličnu imovinu itd.) _____

C. PRIHOD (Molimo da priložite dokaz; npr. odrezak čeka, pismo od poslodavca, dokaz o povratu federalnog poreza na prihod, pismo nagrade, itd.)

- Da li ste zaposleni? DA NE Ako je odgovor "da", navedite ime poslodavca _____
Koliko vas plaćaju prije odbitaka poreza ili umanjenja? \$ _____ Sedmično Svake dvije sedmice Dvaput mjesečno Mjesečno
- Da li je još iko u vašem domaćinstvu zaposlen? DA NE Ako je odgovor "da", ko? _____
Ime poslodavca _____
Koliko ih plaćaju prije odbitka poreza ili umanjenja? \$ _____ Sedmično Svake dvije sedmice Dvaput mjesečno Mjesečno
- Da li još iko u vašem domaćinstvu ima svoj privatni biznis ili da li je još iko na bilo koji drugi način samozaposlen? DA NE
Ako je odgovor "da", ko? _____ Opišite o kakvoj vrsti samozaposlenja se radi (čuvanje djece, rad na farmi, drugo) i navedite zarađeni iznos: _____ Sedmično Mjesečno Godišnje
- Troškovi za čuvanje djece mogu umanjiti porez na prihod za porodice u kojima su roditelji zaposleni. Da li vi nekome plaćate za čuvanje vašeg djeteta?
 DA NE Ako je odgovor "da", navedite imena djece za koju plaćate čuvanje: _____
Koliko plaćate za čuvanje djece: \$ _____ Sedmično Svake dvije sedmice Dvaput mjesečno Mjesečno

5. Da li iko u vašem domaćinstvu ima neki drugi prihod (kao što su npr. dječiji dodatak, alimentacija, beneficije za nezaposlenost, plaćeno bolovanje, prihod od štednje, naknada socijalnog osiguranja ili drugi nezarađeni izvor prihoda)? DA NE Ako je odgovor "da", popunite sljedeće:

PRIMALAC	KOJI JE IZVOR PRIHODA?	PRIMANI IZNOS?	KOLIKO ČESTO SE PRIMA?

D. ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

1. Da li iko u vašem domaćinstvu ima zdravstveno, bolničko osiguranje ili Medicare? DA NE

OSIGURANA LICA	NAZIV KOMPANIJE I BROJ POLICE OSIGURANJA	VRSTA OSIGURANJA	
		<input type="checkbox"/> Doktor	<input type="checkbox"/> Bolnica Ako se radi o ograničenom osiguranju, objasnite: _____
		<input type="checkbox"/> Doktor	<input type="checkbox"/> Bolnica Ako se radi o ograničenom osiguranju, objasnite: _____

2. Da li iko u vašem domaćinstvu izgubio ili prekinuo zdravstveno osiguranje tokom proteklih šest mjeseci? DA NE

Ako je odgovor "da", navedite ime(na), datum(e) i razlog(e) prekida osiguranja. _____

3. Da li je zdravstveno osiguranje dostupno za svakog člana vaše porodice preko poslodavca ili neke druge grupe osiguranja? DA NE

Ako je odgovor "da", navedite poslodavca ili grupu: _____

Da li je osiguranje dostupno za: Vas Bračnog partnera Djecu Kolika je premija za djecu? \$ _____ za _____

4. Da li iko od vaše djece ima zdravstvene probleme koji bi ako se ne liječe za rezultat imali smrt ili ozbiljne fizičke povrede djeteta?

DA NE Ako je odgovor "da", navedite ime(na) djeteta/djece _____

5. Da li je neka treća strana odgovorna da plaća bilo koji dio vaše zdravstvene njege? DA NE

Ako je odgovor "da", ko? _____

E. INFORMACIJE O ODSUTNOM RODITELJU (Popunite ovaj odjeljak ako jedan od roditelja bilo kojeg djeteta ne živi u vašem domaćinstvu.)

I PREZIME	IME (DJEVOJAČKO)	RASA/ SPOL	BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA	DATUM ROĐENJA	RODITELJ KOJEG DJETETA?	POSJEDNJA POZNATA ADRESA

1. Da li imate dobar razlog zašto ne želite sarađivati da biste dobili zdravstvenu njegu? DA NE Ako je odgovor "da", molimo da objasnite.

F. MOLIMO DA PAŽLJIVO PROČITATE I POTPIŠETE

- Ja se slažem/Mi se slažemo da moram(o) navesti brojeve socijalnog osiguranja svih lica za koja se podnosi zahtjev za MO HealthNet kao što je određeno zakonom. Broj socijalnog osiguranja se koristi kako bi se utvrdila kvalifikovanost i potvrđile informacije.
- Ja se slažem/Mi se slažemo da moram(o) biti procijenjeni za Program premium plaćanja zdravstvenog osiguranja ako smo ja/mi ili članovi domaćinstva zaposleni ili ako smo izgubili zaposlenje u posljednjih 30 dana i ako poslodavac ili biči poslodavac ponude grupno zdravstveno osiguranje.
- Ja se slažem/mi se slažemo da se moje/naše izjave i dostavljene informacije mogu provjeriti.
- Ja ču/Mi ćemo obavijestiti o svim promjenama okolnosti u roku od DESET DANA od dana kad se pojave.
- Ja znam/Mi znamo da je protuzakonito dobiti ili pokušati dobiti beneficije za nešto na šta nemam(o) pravo. Svaka lažna tvrdnja, izjava ili skrivanje bilo koje činjenice u cijelosti ili djelimično može biti uzrokom da se podnese krivična prijava protiv mene/nas.
- Ja se slažem/Mi se slažemo da podnošenjem zahtjeva (i odlukom o kvalifikaciji) za MO HealthNet za dijete koje nema podršku roditelja, dodjelujem(o) sva prava za zdravstvenu zaštitu državi Missouri i da moram(o) sarađivati kako bi se utvrdilo očinstvo i dobila zdravstvena zaštita, **osim ako nemam(o) dobar razlog. Ako ne budete sarađivali, to neće utjecati na kvalifikovanost djeteta.**
- Ja razumijem/Mi razumijemo da se odluka o zdravstvenom osiguranju za lice koje ima 65 godina ili više, koje je slijepo ili ima invaliditet ne donosi ispunjavanjem ovog zahtjeva. Ako ja podnosim/mi podnosimo zahtjev za zdravstveno osiguranje na osnovu starosne dobi od 65 ili više godina, za slijepo lice ili lice s invaliditetom, ja moram/mi moramo ispuniti drugi zahtjev za sticanje prava na to osiguranje.
- Ja se slažem/Mi se slažemo da se zdravstvene informacije o meni i/ili mojoj porodici mogu objaviti ako je to potrebno radi sprovođenja ovog programa.
- U slučaju da ja budem kvalifikovan/mi budemo kvalifikovani za MO HealthNet ja znam/mi znamo da će država Missouri platiti za pokrivenе usluge u moju/našu korist i slažem se da država može izvršiti naplatu od bilo koje treće strane (npr. osiguranja, imovine itd.) za usluge koje je platila država.

Moj/naš potpis ispod potvrđuje da su svi iskazi koji su navedeni u ovoj izjavi o kvalifikovanosti istiniti, tačni i potpuni, prema mom/našem najboljem znanju i da sam svjestan/da smo svjesni da u suprotnom slijedi kazna za krivokletstvo. Ja dajem/Mi dajemo ovlaštenje osiguravaocima ili poslodavcima da otkriju bilo kakve informacije o meni ili članovima mog domaćinstva koje su potrebne za određivanje kvalifikovanosti za HIPP program.

POTPIS/IZJAVA POD ZAKLETVOM	DATUM	POTPIS BRAČNOG PARTNERA/IZJAVA POD ZAKLETVOM DATUM